

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (осмотр, консультация)**

Я, _____,

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ (адрес гражданина/законного представителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на осмотр, консультацию, опрос, сбор анамнеза, диагностику полости рта, рентгенологическое обследование – виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень)

✓ **нужное отметить**

для получения первичной медико-санитарной помощи

получения первичной медико-санитарной помощи лицом, **законным представителем** которого я являюсь
в ООО «Сибирская стоматология» (ООО «СибСтом»)

Медицинским работником ООО «СибСтом»:

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](#) статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, _____ в _____ том _____ числе _____ после _____ смерти:

_____ (Ф.И.О. гражданина кому может быть передана информация о здоровье, контактный телефон, подпись)

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина/законного представителя)

_____ дата подписания

